

**ACCADEMIA ALFONSIANA**  
**Pontificia Università Lateranense**

**DIPLOMA – 2° ANNO**

NUMERO DI MATRICOLA: \_\_\_\_\_

COGNOME: \_\_\_\_\_

**(come è sul passaporto/carta d'identità)**

NOME: \_\_\_\_\_

STATUS RELIGIOSO:

Stud. Dioc.  Stud. Rel.  Laico  Religiosa

Sac. Dioc.  Sac. Rel.  Laica

INDIRIZZO A ROMA: Collegio \_\_\_\_\_ (N° del Coll.: \_\_\_\_\_)

(da riempire solo in  
caso di cambiamento)

Via \_\_\_\_\_

00\_\_\_\_ - Roma Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

e-mail del Superiore del Collegio. \_\_\_\_\_

E-mail personale: \_\_\_\_\_ Telefono cellulare: \_\_\_\_\_

Ai sensi della legge n. 675/96, autorizzo l'Accademia Alfonsiana ad usare i miei dati personali per tutto ciò che riguarda la mia carriera accademica e per tenermi informato su eventi e notizie tramite le pubblicazioni ufficiali. Autorizzo altresì l'Accademia a notificare i miei voti ai miei diretti Superiori.

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

(SEGUE)

Spazio riservato alla Segreteria dell'Accademia:

- Tassa d'iscrizione:	1 <sup>a</sup> parte - € _____,	pagata il ____/____/____
- Tassa d'iscrizione:	2 <sup>a</sup> parte - € _____,	pagata il ____/____/____
- Diploma di Licenza:	€ _____,	pagato il ____/____/____
Extracollegialità	Passaporto	Permesso di soggiorno

Firma del Segretario: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Il sottoscritto, \_\_\_\_\_, in merito all'art. 142 del T.U. 31 agosto 1933 n. 1592, il quale sancisce il divieto di contemporanea iscrizione a diverse Università e/o Istituti di istruzione superiore, dichiara sotto la propria responsabilità di non trovarsi nelle condizioni di incompatibilità sopra accennate.

FIRMA: \_\_\_\_\_